

Эволюция психообразования для биполярного расстройства: от литиевых клиник до интегративного психообразования

Francesc Colom

Barcelona Bipolar Disorders Unit, IDIBAPS-CIBERSAM, Institute of Neurosciences, Hospital Clinic, Villarroel 170, Barcelona 08036, Spain (Испания)

Перевод: Мухорина А.К.

Редактура: Павличенко А.В.

Справляться и жить с биполярным расстройством сложно, а иногда, противоречит здравому смыслу, требует наличия многих установок и способностей, включая значительное эмоциональное понимание, здоровый и правильный образ жизни, умение улавливать едва заметные изменения и мотивацию полностью следовать терапии. Участие пациента и его активная позиция являются необходимым условием успешного исхода лечения. Этим, частично, можно объяснить терапевтическое влияние на это расстройство психообразовательных программ.

Однако, история групповой психообразовательной работы при биполярном расстройстве полна взлетов и падений. Любопытно, что изначально всемирно известные эксперты в области групповой терапии не испытывали энтузиазм в отношении использования данной стратегии у биполярных пациентов. I. Yalom, например, определял биполярного пациента как «одно из худших бедствий, которое может случиться в групповой терапии» (1). С тех пор практика психообразовательной работы эволюционировала вместе с представлением о биполярном расстройстве

Пионеры: клиники лития

Предшественников использования психообразования можно обнаружить в так называемых «литиевых клиниках», которые появились как в Европе, так и в США в 1970-х годах, и управлялись, как правило, командой, состоящей из психиатра и вспомогательного персонала (медсестер и, иногда, психологов). Акцент был сделан на мониторинге фармакологического лечения, но также пациенты получали некоторую информацию о расстройстве и взаимную поддержку. Эта модель на 100% соответствует биологическому пониманию расстройства, которое, возможно, пыталось противостоять психодинамическим взглядам, доминировавшим до эры лития. Эффективность данного подхода была описана в нескольких работах (напр., 2), которые, к сожалению, не содержат соответствующей сравнительной методологии.

Психообразование, основанное на получении информации

После эпохи литиевых клиник в литературе появилось несколько сообщений о психообразовании, основанном на получении информации, исходящих, главным образом из США и Нидерландов, стране с давней традицией попыток использования психообразования в работе с биполярными больными, а также групп самопомощи и поддержки. Исследования E. van Gent (3) поначалу продемонстрировали замечательный эффект ее влияния на стигматизацию и самооценку, а в дальнейшем, после трех лет наблюдения, отмечалось значительное снижение проблем, связанных с соблюдением

режима терапии и госпитализаций среди пациентов, получавших психообразование. Однако этот взгляд на психообразование, основанный на информации, не полностью отражал интегрированный подход к биполярному расстройству, а инициатива пациента не рассматривалась как ключевой вопрос в лечении.

Установки и возможности психообразовательных программ

В 2003 году наша группа (4) опубликовала первое рандомизированное контролируемое исследование, посвященное эффективности психообразования в отношении профилактики рецидивов биполярного расстройства. Используемая модель подчеркивала важность осознания болезни, самоуправления, распознавания ранних признаков болезни, постоянство привычек, соблюдения режима терапии и избегания злоупотребления лекарствами. Она была определена как «поведенческое психообразование», но мы скорее относимся к ней как к психообразовательной программе по принципу «установок и возможностей». Это, безусловно, соответствует взгляду на биполярное расстройство как на комплексное состояние, в развитии которого участвуют не только биологические этиологические факторы, но также психологические и социальные составляющие, которые могут выступать в качестве триггеров, модуляторов или медиаторов. Эта психообразовательная программа Барселоны показала огромную эффективность в отношении предотвращения всех видов рецидивов как в ходе трехлетнего, так и пятилетнего катamnестического периода (5). Это исследование было успешно воспроизведено с использованием тех же самых интервенций, демонстрируя отличные результаты относительно предотвращения поступлений в больницу (6).

Ограничения текущей модели

Однако, даже у этой широко распространенной программы имелись некоторые важные ограничения, которые, возможно, могли отражать взгляды на это расстройство, которые сложились в годы начала работы над ней (середина 1990-х гг.). Данная программа не слишком пропагандировала физическое здоровье (посредством назначения регулярной диеты, акцента на регулярных физических упражнениях и т.д.), которое в настоящее время, как хорошо известно, имеет важное значение при лечении любого хронического психического состояния, в частности, биполярного расстройства и шизофрении, в связи с повышенным риском ожирения и метаболического синдрома (например, 7). Кроме того, недавние исследования показали, что поведенческая терапия, направленная на снижение массы тела, значительно снижает вес в течение 18 месяцев у больных тяжелыми психическими

заболеваниями (8) с избыточной массой тела и ожирением, хотя влияние физических упражнений непосредственно на настроение ограничено, согласно недавно опубликованному контролируемому исследованию (9).

Кроме того, программа не рассматривала важность прогрессирования болезни и сенсбилизации. Хотя в середине 1990-х гг. теории стимуляции (киндлинга) (10) занимали большое место в исследованиях, современный уровень знаний о когнитивном снижении и стадиях болезни (см. 11) все еще далек от оптимального. Интересно, что многие психологические интервенции, включая психообразование, когнитивно-поведенческую терапию и семейное психообразование, теряют эффективность, когда их используют у пациентов с большим количеством предшествующих эпизодов. В течение 18-месячного катамнестического рандомизированного контролируемого исследования, Scott и соавт. (12) не нашли существенных различий в отношении числа рецидивов между двумя группами пациентов с тяжелым и рецидивирующим биполярным расстройством, которые получали, соответственно, 22 сессии когнитивно-поведенческой терапии и обычное лечение. Ретроспективный анализ показал, что дополнительная когнитивно-поведенческая терапия была эффективнее обычного лечения только у тех пациентов, которые ранее перенесли менее 12 эпизодов.

Важность как можно более раннего включения психологических интервенций также было отмечено в субанализе Colom и соавт. (13), показавшем отсутствие эффективности групповой психообразовательной работы у пациентов, имеющих в анамнезе более 15 эффективных эпизодов и которые находились в эуимном состоянии к началу исследования. Вероятность жалоб на когнитивное снижение и сложности изменить привычки могут быть более распространенными среди пациентов со стажем, что может влиять на отсутствие эффекта от психообразования в этой подгруппе. Аналогично этому, Reinares и соавт. (14) показали, что, несмотря на общий хороший результат, связанный с семейной групповой психообразовательной работой, ее эффективность, по-видимому, ограничивалась пациентами на начальных стадиях заболевания (15). На более поздних стадиях может наблюдаться прогрессирующее ухудшение способности справиться с болезнью, что повышает уязвимость и снижает устойчивость по мере прогрессирования болезни. Эти способности могут быть восстановлены с помощью соответствующих интервенций.

Психологическое лечение завтра: на пути к интегративному психообразованию

Интегративный подход к биполярному расстройству должен быть нацелен на синдромальное и на функциональное выздоровление. К сожалению, большинство доступных методов лечения – как фармакологических, так и психологических – обычно более успешны в достижении клинического, а не полного выздоровления. Любопытно, что недавно было опубликовано первое рандомизированное контролируемое исследование эффективности совершенно новой терапии, названной «функциональная реабилитация» (16). Это групповая программа, состоящая из 21 сессии, включает нейрокогнитивные техники, тренинги, психообразование в области когнитивных вопросов и решение проблем, нацеленным на избежание проблем, возникающим при использовании подобных программ, которые применяются в лечении шизофрении. Указанное исследование было мультицентровым, проводилось тремя параллельными группами, в которых сравнивалась эффективность функциональной реабилитации с психообразованием и обычное лечение, и в общей сложности включило в себя 268 амбулаторных больных. Функциональная реабилитация имела боль-

шое влияние на функционирование, в основном на профессиональные и межличностные сферы, отличалось от обычного лечения, но несущественно различалось от психообразовательной работы, которая, однако, имело меньшее влияние на функционирование.

Таким образом, интегративная модель психообразования должна включать в себя стратегии, полезные не только пациентам на ранней стадии заболевания, но и тем, кто обнаруживает некоторое снижение. Она также должна способствовать появлению здоровых привычек, включая регулярные физические упражнения. Более того, учитывая проблемы с социальной когницией, которые присутствуют даже у пациентов, не имеющих симптомов (17), следует приложить более значительные усилия для решения этих проблем.

С другой стороны, функциональная реабилитация и психообразование могут занимать разные ниши в доступном арсенале психотерапевтических методов при биполярном расстройстве. Так, психообразование может быть стратегией первого выбора в качестве дополнительного инструмента профилактики у многих биполярных пациентов (в основном тех, у кого наблюдается начальная или средняя стадии болезни), в то время как функциональная реабилитация является методом выбора для пациентов, имеющих четкие когнитивные и функциональные нарушения и которые, скорее всего, плохо ответят на психообразование.

Существует необходимость лучше понять, какая из видов терапии биполярных расстройств и для каких пациентов она эффективна, учитывая влияние на предотвращение маниакальных/депрессивных эпизодов. Индекс пользы является новым и валидизированным инструментом, описывающим преимущественно антиманиакальную/антидепрессивную противорецидивную эффективность как лекарственной, так и нелекарственной терапии в период проведения поддерживающего этапа лечения биполярного расстройства (18). Согласно этому показателю, устойчивая групповая психообразовательная работа, хотя и является наиболее сбалансированной интервенцией, может быть более эффективна в отношении профилактики депрессивных эпизодов, в то время как сопровождающее психообразование может иметь больший эффект в отношении предотвращения маниакальных эпизодов (19).

В заключение следует отметить, что, на развитие психообразовательной работы оказывают влияние современное понимание биполярного расстройства, а также осознание потребностей наших пациентов, поэтому она не может оставаться статичной и неизменным тактикой, но, скорее, является динамичной программой, которая в дальнейшем будет следовать за эволюцией этого понимания и этих потребностей.

Благодарности

Автор благодарит за поддержку и финансирование Испанское Министерство Здравоохранения, Институт de Salud Carlos III и CIBERSAM. Он также получил финансовую поддержку от Министерства экономики и конкурентоспособности.

Список литературы

1. Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic Books, 1975.
2. Gitlin MJ, Jamison KR. Lithium clinics: theory and practice. Hosp Community Psychiatry 1984; 35:363-8.
3. van Gent EM, Vida SL, Zwart FM. Group therapy in addition to lithium therapy in patients with bipolar disorders. Acta Psychiatr Belg 1988; 88:405-18.
4. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:402-7.
5. Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5 year outcome of

- a randomized clinical trial. *Br J Psychiatry* 2009; 194:260-5.
6. Candini V, Buizza C, Ferrari C et al. Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. *J Affect Disord* 2013; 151:149-55.
 7. Vancampfort D, Wampers M, Mitchell AJ et al. A meta-analysis of cardio-metabolic abnormalities in drug-naïve, first-episode and multi-episode patients versus general population controls. *World Psychiatry* 2013; 12:240-50.
 8. Daumit GL, Dickerson FB, Wang NY et al. A behavioral weight-loss intervention in persons with serious mental illness. *N Engl J Med* 2013; 368:1594-602.
 9. Chalder M, Wiles NJ, Campbell J et al. A pragmatic randomized controlled trial to evaluate the cost-effectiveness of a physical activity intervention as a treatment for depression: the treating depression with physical activity (TREAD) trial. *Health Technol Assess* 2012; 16:1-164.
 10. Post RM, Putnam F, Contel NR et al. Electroconvulsive seizures inhibit amygdala kindling: implications for mechanisms of action in affective illness. *Epilepsia* 1984; 25:234-9.
 11. Vieta E, Popovic D, Rosa AR et al. The clinical implications of cognitive impairment and allostatic load in bipolar disorder. *Eur Psychiatry* 2013; 28:21-9.
 12. Scott J, Paykel E, Morriss R et al. Cognitive-behavioral therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006; 188:313-20.
 13. Colom F, Reinares M, Pacchiarotti I et al. Has number of previous episodes any effect on response to group psychoeducation in bipolar patients? A 5-year follow-up post-hoc analysis. *Acta Neuropsychiatr* 2010; 22:50-3.
 14. Reinares M, Colom F, Sanchez-Moreno J et al. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disord* 2008; 10:511-9.
 15. Reinares M, Colom F, Rosa AR et al. The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. *J Affect Disord* 2010; 123:81-6.
 16. Torrent C, Bonnín C, Martínez-Arán A et al. Efficacy of functional remediation in bipolar disorder: a multicenter randomized controlled study. *Am J Psychiatry* 2013; 170:852-9.
 17. Samanè C, Martino DJ, Strejilevich SA. Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125:266-80.
 18. Popovic D, Reinares M, Goikolea JM et al. Polarity index of pharmacological agents used for maintenance treatment of bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2012; 22:339-46.
 19. Popovic D, Reinares M, Scott J et al. Polarity index of psychological interventions in maintenance treatment of bipolar disorder. *Psychother Psychosom* 2013; 82:292-8.

DOI 10.1002/wps.20091